

東北福祉カレッジ申請用ラベル【基礎研修】

(本ラベルを封筒の裏に添付し簡易書留にて送付ください)

| | | | |
|----------------------------|---|--------------------------|--|
| 希望受講月 | | コース選択 | <input type="checkbox"/> 2日間コース <input type="checkbox"/> 4日間コース |
| 氏名 | | 生年月日 | |
| 住所 (本人) | 〒 | | |
| 法人名 | | 所属事業所名 | |
| 所属事業所 所在地 | 〒 | | 事業所番号 |
| | | | |
| ▶修了書希望研修を以下に☑してください | | | |
| 号 | 修了書内容 | 項目 | 教育機関確認欄 (記載不要) |
| 1 | ▶サービス管理責任者 | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | ▶児童発達支援管理責任者 | <input type="checkbox"/> | |
| ▶受講要件を以下に☑してください | | | |
| 号 | 受講要件 | 項目 | 教育機関確認欄 (記載不要) |
| 1 | ▶相談支援業務で5年以上の従事期間で 申し込む場合 | <input type="checkbox"/> | |
| 1-1 | ▶推薦書・実務経験証明書 | <input type="checkbox"/> | |
| 1-2 | ▶資格証の写し | <input type="checkbox"/> | |
| 2 | ▶直接支援業務で8年以上または5年以上の 従事期間で申し込む場合 | <input type="checkbox"/> | |
| 2-1 | ▶推薦書・実務経験証明書 | <input type="checkbox"/> | |
| 3 | ▶国家資格保有者が行う実務3年以上 (サービス管理責任者を申し込む場合) または相談支援+直接支援業務3年以上 の従事期間で申し込む場合 | <input type="checkbox"/> | |
| 3-1 | ▶推薦書・実務経験証明書 | <input type="checkbox"/> | |
| 3-2 | ▶資格証の写し | <input type="checkbox"/> | |
| 4 | ▶国家資格保有者が行う実務5年以上 (児童発達支援管理責任者を申し込む場合) または相談支援+直接支援業務3年以上 の従事期間で申し込む場合 | <input type="checkbox"/> | |
| 4-1 | ▶推薦書・実務経験証明書 | <input type="checkbox"/> | |
| 4-2 | ▶資格証の写し | <input type="checkbox"/> | |

留意事項：受講者一人ごとに本申請ラベルを作成し簡易書留にて郵送ください。